



Société

N° d'affilié

Personne assurée :

Nom, prénom

Rue, n°.

NPA, localité

N° AVS

État civil légal

Est considérée comme un partenariat toute communauté de vie assimilable au mariage formée par une personne assurée non mariée et une personne non mariée, du sexe opposé ou du même sexe, vivant en ménage commun, pour autant que :

- le partenariat ait duré pendant au moins 5 ans et jusqu'au décès de la personne assurée, et que
- l'ayant droit n'ait pas de lien de parenté direct (jusqu'au 2^e degré inclus) avec la personne assurée.

Le partenariat doit être annoncé par écrit à la fondation par la personne assurée au plus tard lorsque la durée de la relation atteint l'échéance des cinq ans. Si le partenaire perçoit des prestations d'une autre institution de prévoyance, celles-ci seront déduites des prestations versées par la fondation. La preuve de la communauté de vie ne devant être apportée qu'au moment du décès, l'éventuel droit aux prestations ne sera établi qu'à ce moment-là.

Partenaire

Nom, prénom

Rue, n°

NPA, localité

Date de naissance

État civil légal

Je m'engage auprès de la fondation de prévoyance susmentionnée à communiquer tout changement d'état civil, changement d'adresse, ainsi que tout autre changement susceptible d'influer sur le droit aux prestations.

Je prends acte des points suivants :

- la vérification de l'existence d'un éventuel droit aux prestations n'est régie ni par les circonstances actuelles ni par les dispositions réglementaires et légales en vigueur actuellement, mais par celles applicables au moment du décès ;
- en cas de recours contre la présente déclaration de partenaire, la fondation de prévoyance susmentionnée consignera en justice les prestations d'assurance contestées à leur échéance.



Pensionskasse Kaminfeger
Caisse de prévoyance Ramoneur
Cassa di previdenza Spazzacamino

Déclaration de partenaire

Votre confirmation et signature

Par ma signature, je confirme avoir rempli ce formulaire de demande de manière complète et conforme à la vérité et avoir pris connaissance des dispositions.

Lieu et date :

Signature de la personne assurée :

Légalisation officielle de la signature :
(Légalisation par la commune ou le notaire)

Lieu et date :

Signature / timbre :

Consentement du conjoint :

Lieu et date :

Signature du conjoint:
